

問診票

～ 病状などについてのご質問～

ふりがな		性別	男 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
お名前					
ご住所	〒	電話番号(- -)			
eメール	携帯電話(- -)				
ご職業 勤務先(学校名)	電話番号(- -)				

当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	知人の紹介(ご紹介者のお名前_____様) 家の近くだから 職場の近くだから ホームページを見て 雰囲気良さそうだから その他()																												
どうなさいましたか	歯が痛い 歯肉が痛い 詰物がとれた 歯を入れたい 検査してほしい 歯を白くしたい 歯の清掃をして欲しい 歯並びをなおしたい その他()																												
どこが痛みますか	右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥 頬 舌 唇 顔 その他																												
痛みはいつからですか	今日 はじめて () 日前から ずっと前から 時々																												
お口以外の健康状態はいかがですか？	良好 普通 調子が悪い(具体的に)																												
今までに大きな病気をしたことはありますか	心臓病 肝臓病 腎臓病 その他() 高血圧(最高血圧 最低血圧) 特になし																												
通院中の病院はありますか？	ない ある(病院名)																												
薬を飲んでいますか	いいえ はい(薬の名前・種類)																												
妊娠していますか(女性)	いいえ 可能性はある はい(ヶ月)																												
アレルギーはありますか	いいえ はい()																												
一日に歯を磨くのは	1日 回 (いつ磨きますか？ 朝・昼・夜)																												
タバコを吸いますか	吸う(一日 本位) 以前吸っていた(年前) 吸わない																												
歯の麻酔・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか	ない 血がとまりにくかった 貧血が起こった 気分が悪くなった 痛みが続いた 熱が出た																												
ご来院のご都合のよい曜日・時間帯	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>土</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>午前(10:00～12:40)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">休診日</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">休診日</td> </tr> <tr> <td>午後(15:00～19:20)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>時 分 以降</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>その時にならないとわからない</p> <p style="text-align: right;">土曜日午後は17:20までです</p>		月	火	水	木	金	土	日	午前(10:00～12:40)				休診日			休診日	午後(15:00～19:20)						時 分 以降					
	月	火	水	木	金	土	日																						
午前(10:00～12:40)				休診日			休診日																						
午後(15:00～19:20)																													
時 分 以降																													